

Anders Petersen

Omkring diagnosekulturen

– depression som seismograf for samtiden

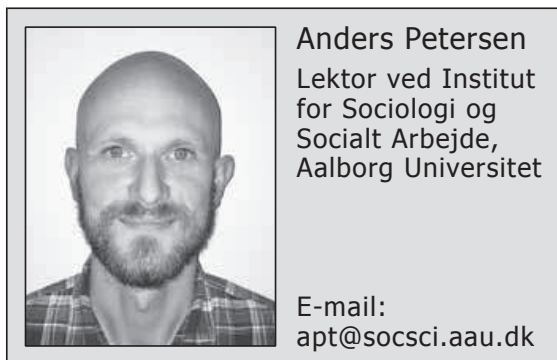
Denne artikel diskuterer, hvad der har muliggjort, at vi lever i en diagnosekultur. Diagnosekulturen er karakteriseret ved, at ikke alene fagpersoner (læger, psykologer, psykiatere osv.), men også lægmænd og den brede offentlighed mobiliserer psykiatriske diagnoser og kategorier som meningsgivende fortolkningsrammer for stort set alle former for lidelse og afvigelse. Spørgsmålet er, hvordan den logik har kunnet få samfundsmæssig fodfæste. I artiklen forklarer jeg, hvorledes overgangen fra en dynamisk til en diagnostisk funderet psykiatrioptik har banet en del af vejen for diagnosekulturens samfundsmæssige forankring. Men jeg argumenterer også for, at det perspektiv behøver at blive suppleret for at give et mere nuanceret billede af, hvorfor diagnosekulturen har kunnet internalisere sig i vores samtid. Som afsæt for den del af analysen benytter jeg mig af en sociologi om diagnoser – en forgrening af sociologien, hvis primære genstandsfelt er diagnoser – og hvad de kan fortælle os om forskelligartede sociale udviklinger, processer og ikke mindst den samtid, vi lever i. Nærmere bestemt benytter jeg mig af depressionsdiagnosens symptomer til at analysere og tydeliggøre, hvordan depressionsdiagnosen kan bruges som seismograf for samtiden. Pointen med denne tilgang er, at jeg dermed både kan bidrage til en forståelse af diagnosekulturens tilstedeværelse samt orientere om, hvilket ideelt selv samtiden efterstræber.

Søgeord: diagnosekultur, depression, sociologi om diagnoser, selvrealisering, samtidsdiagnose.

Samtidsdiagnostik udgør et af sociologiens hovedområder (Beck & Bonß 2001:63),¹ og fokus har ofte været rettet mod at afdække, kortlægge og belyse samfundets lidelser, patologier eller sygdomme (Jacobsen & Petersen 2012:12). I denne artikel vil jeg bidrage til denne tradition ved at argumentere for, at vi lever i en diagnosekultur.² En diagnosekultur er kendetegnet ved, at ikke alene fagpersoner (læger, psykologer, psykiatere osv.), men også lægmænd og den brede offentlighed benytter psykiatriske diagnoser og kategorier til at forstå psykiske lidelser.³ En diagnosekultur kan derfor siges at være et materialiseret produkt af "de psykiatriske diagnoser ekspanderende domæne", som Nikolas Rose har formuleret det (Rose 2010:32). Hermed menes netop, at der er sket en kulturel indlejring af psykiatriens forståelse af psykiske forstyrrelser. Her er det væsentligt at afklare, hvilken slags psykiatri jeg taler om, for psykiatri rummer mange forskellige retninger og overbevisninger. I denne sammenhæng indskrænker jeg imidlertid min optik til en biologisk orienteret deskriptiv psykiatristforståelse, der hovedsagelig (men ikke entydigt; se Kitanaka 2010) optræder i vestlige samfund, og som opfatter forstyrrelser i hjernen som de psykiske lidelsers primære arnested. En sådan psykiatri interesserer sig for det, der er fælles på tværs af patienter, og dermed for at "klassificere og diagnosticere i henhold til ensartede klustre af symptomer" (Lunn 2006:949).

Men hvad begrunder mere specifikt tesen om, at vi lever i en diagnosekultur, hvor denne psykiatris logik er dominerende? Som svar på dette spørgsmål forekommer det, i hvert fald indledningsvis, tilstrækkeligt at referere til to forbundne forhold. For det første er udbredelsen af psykiatriske diagnoser central. Undersøgelser tyder på, at ca. halvdelen af den amerikanske befolkning vil opfylde kriterierne for en psykisk diagnose på et tidspunkt i deres liv, ligesom der forekommer "klare vidnesbyrd om, at en tredjedel af den voksne befolkning i EU er eller har været ramt af mindst en forstyrrelse i løbet af det seneste år [...] eller 50 % af EU's befolkning, hvis man tager livstidsrisikoen i betragtning" (Wittchen et al. i Rose 2010:38). Helt ny forskning peger endda på, at op mod hver tredje dansker i løbet af livet vil opfylde kriterierne for at få stillet en psykiatrisk diagnose (Pedersen et al. 2014). For det andet er indoptagelsen af de logikker, som diagnosemanualerne ICD og DSM gør brug af, udslagsgivende for diagnosekulturens indtog. Disse manualer afgør nemlig, hvilke kriterier psykiatere, læger osv. skal lægge til grund for bestemmelsen af, hvad der kendetegner en psykisk lidelse, og dermed hvad der skal til for at få stillet en diagnose. Diagnosemanualerne er således at betragte som vor tids overdommere, hvad forståelsen af psykiske lidelser angår, og dermed indgår de som en helt central brik i diagnosekulturen.

I denne artikel vil jeg fokusere på, hvad der har muliggjort den diagnosekultur, som vi befinder os i p.t. Jeg vil dernæst forsøge at klarlægge, hvad udbredelsen og aktualiseringen af en specifik psykiatrisk diagnose siger om den diagnosekultur, vi lever i.



For at besvare dette spørgsmål vil analysen følge fire trin. På det første trin vil jeg redegøre for, hvordan overgangen fra en dynamisk til en diagnostisk psykiatristforståelse har banet en del af vejen for den diagnostiske kultur. På trin to vil jeg konkretisere, hvordan en sociologi om diagnoser,⁴ der har et samtidsdiagnostisk sigte, kan bidrage til forståelsen af, hvorfor den diagnostiske kultur har kunnet internalisere sig i vores samtid. På det tredje trin vil jeg koncentrere analysen omkring diagnosen depression og tydeliggøre, hvordan depression kan bruges som seismograf for samtiden – og dermed bidrage til en forståelse af den diagnostiske kulturs tilstedeværelse. Jeg vil i den sammenhæng også specificere, at dette analytiske perspektiv med fordel kan rammesættes i forhold til et socialt differentieringsperspektiv. På det sidste trin vil jeg i korthed opridse analysens hovedpunkter og diskutere, hvilke nye forskningsspørgsmål der kan uddrages.

Fra dynamisk til diagnostisk psykiatri

Dynamisk psykiatri

Betegnelsen dynamisk psykiatri dækker ikke over nogen enhedsskole, hvilket centrale værker vidner om (se Ellenberger 1970; Cullberg 1992). Ligeledes er det ikke uproblematisk at antyde et lighedstegn mellem psykoanalysen og dynamisk psykiatri. Det er da heller ikke det, jeg ønsker at gøre her, men blot at anvende termen dynamisk psykiatri med udgangspunkt i Allan V. Horwitz' forståelse (Horwitz 2002). Hans optik gør det nemlig muligt for mig at anskueliggøre grundlinjerne for en epoke i psykiatrisk tænkning, der fremstår som en diametral modsætning til samtidens deskriptive psykiatrioptik.

I Horwitz' optik er den uden sammenligning mest indflydelsesrige eksponent for den dynamiske psykiatri-tankegang Sigmund Freud, hvis teorier i høj grad forandrede den psykiatriske optik og dermed dens måde at tænke, orientere sig om og begrebsliggøre psykiatriske forstyrrelser på. Her er det imidlertid på sin plads med en nuancering af argumentationen. Horwitz repræsenterer en amerikansk læsning af historien, hvor Freuds indflydelse på psykiatrien var særdeles omfattende. Det samme gør sig gældende i Frankrig: Det vidner Alain Ehrenbergs historiske analyse af depressionens udvik-

ling om (Ehrenberg 2010). Men samme grad af indflydelse på dansk psykiatri kan Freud formentlig ikke siges at have haft (Olsen & Køppe 1996). Ole Andkjær Olsen og Simo Køppe påpeger i det refererede værk, hvordan effekten herhjemme snarere synes at have været begrænset blandt psykiatere, men mere udbredt blandt forfattere og såkaldte kulturradikale debattører. At tale om et psykiatrisk paradigmeskifte i en dansk kontekst er således problematisk, da Freuds teorier ikke opnåede samme psykiatriske bevågenhed som i USA eller Frankrig. Hermed være ikke sagt, at Freuds teorier gik ubemærket hen. Sådan forholder det sig ingenlunde, og især psykoanalysens vokabularium havde (og har stadig) en vis indflydelse på psykiatrien (Lunn 2006:946). Forskellen mellem Danmark og USA/Frankrig er imidlertid, at psykoanalysen fik en dominerende position i amerikansk og fransk psykiatri, hvad den aldrig fik i Danmark. Og det er en væsentlig forskel, som man skal holde sig for øje.

Freuds *Drømmetydning* (Freud 1986) – der udkom første gang i 1900 – spiller en banebrydende rolle for den dynamiske psykiatris udvikling. To af denne bogs centrale teoretiske ræsonnementer er for det første, at drømme via en specifik tydningsmetode rent faktisk kan påvises at være skjulte ønskeopfyldelser, og for det andet at den normale personlighed er omfattet af nøjagtig den samme type ubevidste motiver og processer, der kendes fra en af de store neurosekategorier, nemlig hysteri. Med dette teoretiske argument gjorde Freud sig til talsmand for, at både neurotisk og normal adfærd skal klassificeres som almindelige udviklingsprocesser.

Freud ikklæder denne argumentation en generel psykologisk dragt, der sætter ham i stand til at italesætte neurosens oprindelse som betinget af universelle psykologiske processer såsom pottetræning, amning, tilbageholdt kærlighed osv. (Shorter 1997:149). På den måde normaliserer Freud det patologiske, samtidig med at han viser, hvordan almindelig adfærd stammer fra de samme rødder som det patologiske. Og hvad mere er: Freud baner vej for, at alle former for menneskelig lidelse kan beskrives som psykiske forstyrrelser og dermed blive behandlet som sådanne. For hvilke symptomer og adfærdsmønstre kan ikke italesættes som patologiserende, hvis normaliteten er så tæt forbundet hermed? Tingene er blandet sammen! Denne sammenblanding fungerede i USA som katalysator for, at psykiatrien kunne behandle mennesker for almindeligt forekomne smertefulde, problematiske og uønskede aspekter af tilværelsen, der ellers ikke tidligere var blevet opfattet som behandlingskrævende, og som ikke levede et institutionaliseret liv (Shorter 1997:174).

Et andet centralt forhold i den dynamiske psykiatri er fortolkningen af, hvad symptomer er. I den dynamiske psykiatri opfattes "mental pathologies as nonspecific reflections of unconscious mechanisms, not as discrete symptom-based diseases" (Horwitz 2002:38). I den dynamiske psykiatri à la Freud er der ingen direkte forbindelse mellem symptom og sygdom, eftersom det samme symptom kan have forskellig betydning for forskellige mennesker.

Der findes med andre ord intet kausalt forhold mellem symptom og en specifik sygdom. Endvidere behøver symptomer ikke afsløre nogen direkte psykisk lidelse *per se*. De kan lige såvel skjule underliggende konflikter, der ikke kan udtrykkes direkte, endsige bevidst af den, der har symptomerne. Faktisk mener Freud, at åbenlyse symptomer altid maskerer den underliggende konflikt, der igangsætter dem (Freud 1986:526). Symptomerne på neurosen – eksempelvis tvangstanker og traumer – er derfor tegn på undertrykkelse af den reelle årsag til deres opkomst, hvorfor symptomerne ikke bare kan udskilles fra det menneske, der har dem. Horwitz skriver:

What is important is that in the dynamic view symptoms were never *direct indicators* of underlying disorders; instead they were *symbolic expressions* of conflicts that involved the entire personality. Symptoms in themselves were not important because similar symptoms can represent many different underlying disturbances (Horwitz 2002:44-45).

Symptomer har således en kamæleonagtig og amorf karakter. Som symbolske udtryk for en internaliseret konflikt har de ikke i sig selv nogen forklaringskraft. De er snarere virkningsfulde, fordi de er markører for noget andet end en decideret sygdomskategori. Ergo kan der ikke være tale om nogen universal forståelse af symptomerne. Det samme princip gør sig også gældende, hvad terapiformen angår. Ingen generaliseret behandlingsform er mulig. Udelukkende intensiv og dybdeborende undersøgelser af det enkelte menneskes personlighed – med brug af psykoanalysens metodik – kan afsløre og indikere den rigtige årsag til, at symptomerne opstår.

Set i det perspektiv er det ikke underligt, at interessen for at skabe et symptom-baseret klassifikationssystem var mere end sval. Man kunne ikke forestille sig det ønskværdige, nyttige, endsige meningsfulde i et sådant system, og i stedet forlod man sig på meget generelle ætiologiske principper og skematikker – ikke på kategoriseringer og klassificeringer i forskellige diagnoser (Cullberg 1992; Ellenberger 1970). Men alt dette ændrer sig. Med overgangen til den diagnostiske psykiatri epoke får symptomer en markant position.

Diagnostisk psykiatri

Det ligger uden for rammerne af denne artikel at undersøge de nærmere omstændigheder ved den dynamiske psykiatri krise og den diagnostiske psykiatri indtog,⁵ men spørger vi Horwitz, var psykiatrien ude i en regulær overlevelseskamp (Horwitz 2002:54). I 1960'ernes og 1970'ernes gryende sociale, kulturelle, politiske og økonomiske nybrud kunne psykiatrien ikke længere fæste lid til en Freudiansk optik. Der måtte noget nyt til, der kunne tilfredsstille de nye samfundsmæssige strømninger. Og omslaget i tankegangen var drastisk – i hvert fald i en amerikansk kontekst. I Danmark kan man snarere tale om en glidende overgang, hvor den diagnostiske psykiatri helt og

holdent omfavner den medicinske models perspektiv på psykisk sygdom for derigennem at accentuere det nyttige i at fastholde et fokus på symptomer og diagnoser. For at kunne forstå hvilket underlag dette udviklingstræk hviler på, forekommer det rimeligt at beskrive, hvad den medicinske model indebærer. Den medicinske model, som i sagens natur er en idealtypisk model, har et bestemt rationale:

Troublesome thoughts, feelings, and actions are seen as signs and symptoms of underlying pathology. The designation of these states as "signs and symptoms" of a discrete disorder is the quintessence of the medical model of psychiatric disorder ... (Aneshensel, Phelan & Bierman 2013:4).

Anskuet fra den medicinske models synsvinkel bliver en præcisering af tilstandenes tegn og symptomer, der fortrinsvis realiseres i form af nye og "bedre" diagnoser, fortolket som resultater af en positiv vidensproces (Mirowsky & Ross 1989:12). Som konsekvens af diagnosernes trinvis akkumulering af sygdomssymptomer betragtes dette instrument som en indsnævringsmekanisme, der muliggør en gradvis tilnærmelse til psykiatriske forstyrrelses biologiske kerne. I den medicinske model findes i forlængelse heraf en fast forankret tro på medicin som den mest effektive psykiatriske sygdomsbekæmper (Caplan 1995:33).

Modellens filosofi kan siges at bestå af tre elementer: perfektion, udvikling og fremskridt. Ræsonnementet er, at akkumuleret viden direkte kan klassificeres og oversættes til perfektionerede diagnoser. Diagnoserne begrænser sig imidlertid ikke udelukkende til klassificering. De er også performative i deres natur. De giver mandat til udviklingen af forfinede medicinske behandlingsteknikker, der funderes i en specifik fremskridtsoptik. Materialiseringen og specificeringen af denne fremskridtsoptik kan siges at være sket på et helt bestemt tidspunkt i psykiatrihistorien, nemlig i 1980 med overgangen fra DSM-II til DSM-III.⁶ I modsætning til sine forgængere (DSM-I og DSM-II) forlod DSM-III klassifikation af psykiatriske sygdomme baseret på ætiologi, og i stedet "indførte man en diagnostisk praksis, der udelukkende interesserede sig for symptombilledet" (Brinkmann 2010:21-22).

Det intellektuelle forbillede for dette arbejde var ikke Sigmund Freud, men den tyske psykiater Emil Kraepelin. Således opfattede frontfigurerne i tilbivelsen af DSM-III (mest kendt er Robert Spitzer) sig som neo-kraepelianere, fordi de – ligesom Kraepelin – begrebsliggjorde psykiatriske sygdomme som uafhængige af individuelle patienter og deres livsomstændigheder (Decker 2013). En diagnose i det system kan, kort fortalt, etableres som følger: En patient lider af sygdommen P, hvis vedkommende har symptomerne T, Q og Z i en given tidsperiode. Det muliggør, at der kan stilles distinkte diagnoser, som adskiller sig fra hinanden i kraft af deres divergerende symptomklynger (Kutchins & Kirk 1997).

Det attraktive ved DSM-III's design var, at denne model havde potentialet til at styrke psykiatriske diagnoser's reliabilitet – både af kliniske og forskningsmæssige årsager – og derigennem forstærke psykiatriens videnskabelige troværdighed og dens position som medicinsk videnskab (Decker 2013: 323). På denne måde var udformningen af DSM-III en helt central brik i psykiatriens overlevelse, fordi manualens indre logik faldt fint i tråd med det sociale, politiske og økonomiske klima, den voksede frem i. Med fokuseringen på diagnoser blev ikke alene psykiatriens kulturelle og samfundsmæssige troværdighed genskabt, disciplinens position som den, der blåstemplede, hvad en psykisk sygdom var, blev også cementeret.

Et væsentligt opmærksomhedspunkt, som den diagnostiske psykiatri accentuerer, er diagnoser's nære forbindelse med medicinen. Med udbredelsen af det diagnostiske system bliver der utvivlsomt sat skub i en udvikling, som havde taget sin spæde begyndelse i 1950'erne, nemlig udvidelsen af medicinsk behandling af psykiatriske sygdomme (Healy 1997:42). Diagnoserne matcher perfekt den farmakologiske behandling.⁷ Udbredelsen af den farmakologiske behandling af psykiatriske sygdomme i de seneste år taler sit tydelige sprog. Vækstraterne er enorme (Rose 2010:39-40).

Selvom vækstkurven er knækket de seneste to år, indløser godt og vel 450.000 danskere årligt recept på antidepressiv medicin p.t. Så på trods af et lille fald i forbruget taler de senere årtiers stigning alligevel sit tydelige sprog. Det farmakologiske svar på spørgsmål om psykiske lidelser dominerer totalt her og nu. Det er tankevækkende i sig selv.

En sociologi om diagnoser med et samtidsdiagnostisk sigte

Den diagnostiske psykiatris institutionelle indlejring har været med til at muliggøre diagnosekulturens opkomst. Uden institutionel forankring af den diagnostiske psykiatri synes væsentlige forudsætninger herfor simpelthen at forsvinde. Men hverken psykiatrien eller diagnosekulturen "arbejder" i et vakuum – for de er spundet ind i en samfundsmæssig kontekst. Den kontekst må vi altså tage højde for, når vi skal forklare diagnosekulturens aktualitet. Som hjælp til at trevle den kontekst op vil jeg i det følgende gøre brug af elementer fra den gren af sociologien, jeg her kalder en sociologi om diagnoser.

Den medicinske sociologi har længe beskæftiget sig med diagnoser's betydning for eksempelvis forståelsen af normalitet, skam, stigmatisering og synd (Anspach 2011:xiv), og en sociologi om diagnoser udspringer da også af den medicinske sociologi og i særdeleshed fra den gren, der beskæftiger sig med de sociokulturelle konsekvenser af italesættelsen af afvigelse og patologi i medicinske termer (McGann 2011:332). Den såkaldte medikaliseringstese står stærkt inden for den del af sociologien. Men hvor medikaliseringstesen hovedsageligt fokuserer på den proces, hvor diverse aspekter af den menneskelige eksistens begribes og håndteres medicinsk, da fokuserer sociologien om diagnoser på diagnoser's vigtige position i relation til samtidens medicin-

ske vidensområder og deres sociokulturelle indvirkning. Det nye er altså den rolle, som diagnoser *per se* spiller i sociologiske undersøgelser. De har fået deres helt eget analytiske anknævningspunkt.

Overordnet betragtet tilbyder diagnoser en forklarende og didaktisk ramme for en adskillelse af sygdomsmæssige og sundhedsmæssige forhold (Jutel 2010). Denne ramme er ikke nødvendigvis entydig, hvorfor en diagnose kan være en yderst kompleks størrelse. Som et analytisk værktøj kan en medicinsk diagnoses kompleksitet imidlertid reduceres, hvis man anskuer en diagnose som både en kategori og en proces (Blaxter 1978).

Som *kategorier* er diagnoser klassificeringer af sygdomme eller medicinsk relaterede problematikker, der kan sammenstykkes på baggrund af diverse former for undersøgelser, det være sig samtaler, scanninger, tests osv. Denne type af klassifikationer bundfælder sig således som en specifik diagnose, eksempelvis cancer eller depression. I den sammenhæng er det centralt at forstå, at diagnoserne ikke udelukkende stilles af medicinske fagfolk. I takt med udbredelsen af teknologiske hjælpemidler (eksempelvis tests på nettet, netdoktor osv.) kommer patienter i stigende grad med indspil til, hvilken diagnose deres symptomgalleri passer bedst til, når de konsulterer den praktiserende læge, psykologen osv.

Som *processer* er diagnoser resultatet af forhandlinger, undersøgelser, observationer, "trial and error" osv. og har dermed en væsentlig tidsmæssig dimension knyttet til sig (Jutel & Nettleton 2011:796). Dette gælder både for dem, der skal diagnosticere officielt, og for dem, som får stillet en diagnose. I begge tilfælde har diagnoser så at sige en fortid, en nutid og en fremtid, der dog manifesterer sig i forskellige logikker. I den sammenhæng er diagnosens karakter væsentlig at holde sig for øje. Det er ikke ligegyldigt, om det er en somatisk diagnose eller en psykiatrisk diagnose, vi forholder os til, endsige om diagnosen har en positiv prognose hæftet på sig eller ej. Det er heller ikke ligegyldigt, om diagnosen er kulturelt forbundet med skam, skyld og/eller stigmatisering, eller om den er accepteret, "normal" og/eller almenforståelig. Sociologien om diagnoser har i princippet ingen præferencer med hensyn til, hvilke diagnose den undersøger. I praksis beskæftiger den sig dog oftest med psykiatriske diagnoser (se McGann & Hutson 2011). Det niveau, analyserne befinder sig på, kan variere. Der er intet i vejen for at forfølge en analyse på mikro-, meso- eller makroniveau. Diagnoser har globale, økonomiske og politiske implikationer: Diagnoser er *big business* – tænk bare på den globale medicinalindustri og dens politiske tyngde. De har organisatorisk betydning, f.eks. i forhold til sygehusvæsenets drift, idet diagnoser allokerer ressourcer. De spiller en rolle på socialt samhandlingsniveau, da patienter interagerer med læger og omverdenen med udgangspunkt i deres diagnoser. Niveauerne behøver ikke analyseres separat – de kan flettes sammen og dermed berige hinanden. Jeg vil afstå fra at bedømme, hvilke analyseniveauer der er mest interessante at gå om bord i, men jeg vil gerne komme med følgende udsagn

vedrørende analysetilgangen: Såfremt diagnoser skal danne udgangspunkt for en stærk og frugtbar sociologisk analyse – og det uanset hvilket analyseniveau man befinder sig på – må de sættes ind i deres umiddelbare samfundsmæssige og kulturelle kontekst. Derfor er jeg også helt på linje med følgende citat:

What ultimately should drive a sociology of diagnosis is the goal of defining how diagnosis fits into the wider structures of society and how these wider structures implicate diagnostic categories, processes and consequences (Jutel & Nettleton 2011:799).

I min optik understøtter citatet behovet for en sociologi om diagnoser, der nødvendigvis må have et samfundsdiagnostisk sigte. En sociologi om diagnoser må med andre ord foretage en analyse af, hvordan en given diagnose (eller diagnoser) spiller sammen med den samtid, de(n) optræder i, og hvordan de(n) diagnose(r) påvirkes af de samfundsmæssige og kulturelle strukturer – bredt forstået – der udgør genstandsfeltet for samtidsdiagnosen. Når udgangspunktet for denne artikel er, at vi lever i en diagnosekultur, som i løbet af de senere år har kunnet materialisere sig i vores samtid, må det greb, som en sociologi om diagnoser tilbyder, kunne bidrage til forståelsen af, hvorfor denne materialisering har kunnet finde sted. For at afdække det spørgsmål mener jeg, at det er formålstjenligt at tage udgangspunkt i én psykiatrisk diagnose, der – måske mere end nogen anden – orienterer os om, og dermed giver os et blik for, den samtid, vi lever i. Jeg tænker her på depressionsdiagnosen.

Depressionsdiagnosen: En seismograf for samtiden

Mit formål her er at benytte depressionsdiagnosen som en seismograf, der registrerer rystelserne i samtidens samfundsmæssige, sociale og kulturelle opsætning. Eller i hvert fald registrerer rystelserne for nogle. For som jeg vil vise, kan der argumenteres for at være en social opdeling indbygget i, hvem der mærker rystelserne.

Depressionsdiagnosen er blandt de diagnoser, der har tiltrukket sig størst opmærksomhed i samtiden. Det hænger først og fremmest sammen med den udbredelse og aktualitet, som diagnosen har oplevet gennem de senere år. Samtidig er diagnosen blandt de mest udskældte. Gang på gang er dens ufølsomhed over for kulturelle særtræk, lokale forståelser af følelser og differentierede typologier af selvet blevet påpeget, og gang på gang er dens universelle status blevet voldsomt kritiseret (Jadhav 1996:269). Ligeledes er der argumenteret for, at diagnosens udbredelse skyldes en fejlagtig depressionsoptik – som psykiatrien har haft held til at promovere – der slører det normale og det patologiske i depressionsdiagnosen (Horwitz & Wakefield 2007). Omdrejningspunktet for kritikken er den logik, de førnævnte diagnosemanualer

– altså DSM og ICD – abonnerer på. Og kritikken er uden tvivl legitim. Mit ærinde er imidlertid ikke at grave dybt i den kritik, men at bruge symptom-billedet for depressionsdiagnosen som underlag for analysen. I en dansk kontekst benyttes ICD-10's depressionsdiagnose, hvorfor jeg vil fokusere på den. Det er imidlertid væsentligt at holde sig for øje, at diagnosen kun analytisk kan adskilles fra selve depressionslidelsen. I diagnosen optræder lidelsen i afmålte symptomkategorier, som opererer på et overordnet plan. Således er diagnosen et objektiverende værktøj, der ikke kan indramme og specificere den personlige lidelse *per se*. Det forhold skal vi være opmærksomme på, for ellers risikerer vi at blive blinde over for depressionens menneskelighed: Ting bliver ikke deprimerede, det gør mennesker. Som Stanley W. Jackson skriver:

However objective we may become about *depression* or about a particular *depressed person*, however carefully we may manage to identify neurophysiologic and neurochemical factors in clinical depressions, someone else's depression, defined as clinical or otherwise, is ultimately going to come home to us as a fellow human being who also has needs, who also knows something about personal losses, disappointments, and failures, who also knows something about being sad or dejected, and who has some capacity for distressed response to such a distressing state. *With such distress, we are at the very heart of being human* (Jackson 2008:457).

Med depressionen berøres altså spørgsmålet om, hvad det betyder at være et menneske. Her rejser sig imidlertid et nyt spørgsmål, nemlig om man dermed også kan sige, at betingelserne for at være menneske i samtiden fanges i depressionsdiagnosen. Det mener jeg til dels godt man kan argumentere for, og i det følgende foldes argumentet ud ved en analyse af, hvordan diagnosen spiller sammen med den tid, vi lever i. Udgangspunktet for det arbejde er betragtningen af de symptomer, som diagnosen konstitueres af. Nedenstående symptomkatalog – som det er formuleret i ICD-10 – beskriver en depression, hvis man vel at mærke har haft symptomerne hver dag eller næsten hver dag hele dagen i mindst 14 dage. Således gælder det, at man skal have mindst to af følgende symptomer:

- Følelse af nedtrykthed.
- Markant nedsat lyst/interesser.
- Reduceret energi, svær træthed.

Samt mindst to af følgende:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse.
- Selvbebrejdelse, svær skyldfølelse.
- Tanker om død eller selvmord.
- Tænke- og koncentrationsbesvær.

- Svær indre uro eller modsat: hæmning.
- Søvnforstyrrelser.
- Betydningsfulde ændringer i vægt eller appetit.

Symptomlogikken følger altså et rangordningsprincip bestående af to kvalitativt adskilte kategorier i form af både kernesymptomer og ledsagesymptomer. Eftersom internaliseringen af kernesymptomerne er den primære depressionsindikator, klassificeres en depression ikke uden disses tilstedeværelse. Det samme gælder for ledsagesymptomerne. Uden dem ingen depression.⁸ Det lyder relativt enkelt, og ICD-10's depressionsdiagnoseinstrument kan også uden videre opfattes som et mønstereksempel på den medicinske models rationalitet. Depressionen hegnes ind af en monokausal forståelsesramme, hvis praktiske anvendelighed synes at være yderst håndterlig. Enten forekommer depression som symptomatologisk entitet, eller også forekommer den ikke (Mirowsky & Ross 1989:11). Der levnes ikke megen plads til nuancer.

Men ét er diagnosemanualens rationalitet, noget andet er symptomernes normativitet. For det udslagsgivende er ikke kun, hvorvidt ICD-10's metodologi promoverer en bestemt rationalitet eller ej. For det gør den, og det kan være med til at forklare, hvorfor depressionsdiagnosen er så udbredt. Men som Alain Ehrenberg har skrevet, må den forklaringsramme suppleres med et andet perspektiv:

The expansion of the diagnosis of depression arises less from the instruments for measuring suffering (and the absence of solid criteria to distinguish the normal from the pathological) and more from the complex recomposition of relations between illness, health and life and their relation to individual autonomy (Ehrenberg 2010a:xxviii).

For mig at se har Ehrenberg fat i den lange ende, når han i den sammenhæng betoner spørgsmålet om den "komplekse rekomposition" relation til individuel autonomi. Forholdet mellem sygdom, sundhed og livet *per se* kan således analyseres i forholdet mellem depressionsdiagnosen og den individuelle autonomi. Eller sagt på en anden måde: I depressionssymptomernes normativitet kan vi orientere os om, hvilken autonomi samtidens individer skal realisere. Og hvad er det så for en autonomi?

Fremtrædende sociologer har forstået samtidens autonomi med henvisning til begrebet selvrealisering (f.eks. Giddens 1996), og nogle har endda bemærket, at realiseringen af samtidens autonomi drives frem af *kravet* om selvrealisering (f.eks. Honneth 2005:46). Jeg vil følge sidstnævnte og argumentere for, at samtidens individer er underlagt et *krav* om vedvarende selvrealisering. Den tid, hvor det var en mulighed forbeholdt de få, er forbi, og nu er selvrealisering gået over til at være en fordring, der kræver individuel handling fra alle. Alain Ehrenberg hjælper mig med at folde argumentet yderligere ud. Som han har skrevet et andet sted:

I vores tid bør ethvert individ altså *opfinde* sig selv ved at personliggøre sine handlinger. Håndværkere, lønarbejdere, direktører, virksomhedschefer, arbejdsløse – alle er tilskyndet til at have deres personlige livsprojekt og udvikle deres personlige kompetencer (Ehrenberg 1991:17; min oversættelse).

I Ehrenbergs perspektiv er omtalte tilskyndelse snedig. Den fordrer handling, fordi et fravær af handling vil påvirke individets mulighed for succesfuld selvrealisering i negativ retning. Valget er således til stede, men hvem ønsker at vælge en positiv selvrealisering fra? Hvem vil ikke opfinde sig selv? Tilskyndelsen individualiseres – og på den måde gøres den til et individuelt tilknyttet krav. Opfyldelsen af dette krav understøttes af opkomsten af det, Ehrenberg kalder præstationsdyrkelsen i samtiden.

Hos Ehrenberg bliver argumentet om præstationsdyrkelsens indtog analytisk udfoldet i relation til forbrugsdyrkelsen, muligheden for at forbruge for at opfinde sig selv, dyrkelsen af virksomhedsledere som ikoniske bannerførere for fremskridt samt dyrkelsen af sportspersonligheder, der om nogen internaliserer præstationsdyrkelsen (Ehrenberg 1991). Men dyrkelsen af den individuelle præstation ser Ehrenberg ikke bare udfoldet inden for disse sfærer, men som et overordnet samfundsideal, der gradvis er blevet implementeret som institutionaliserede praksisser. Værdien af den individuelle præstationsdyrkelse bliver således trænet i børnehaver, på skoler, gymnasier, universiteter og på arbejdsmarkedet, hvor pædagogiske programmer, bekendtgørelser, læringsmål og arbejdsideal fungerer som internaliseringsassistenter. En underliggende præmis for præstationsdyrkelsens samfundsmæssige indtog er dens kobling til konkurrencens enkle – men også brutale – logik: Nogle vinder, mens andre taber (ibid.:19). Et springende punkt i denne sammenhæng er præstationsdyrkelsens primære budskab om, at alle potentielt kan sejre. Der indbygges således et lighedsprincip i konkurrencen. Hvor illusorisk det end måtte være, fremstilles udgangspunktet for præstationsdyrkelsen, som om det ikke er knyttet an til social, kulturel eller økonomisk kapital. I nutidens vestlige samfund er individerne – i princippet – underlagt de samme strukturelle og institutionelle mulighedsbetingelser for selvrealisering: Således fortælles historien i hvert fald (ibid.:27). På denne baggrund tilskyndes individet til at opbygge et konkurrenceberedskab, der understøtter de kompetencer, færdigheder og egenskaber, der er nødvendige for at sejre. De spørgsmål, der må stilles, er derfor: Hvordan kan jeg forbedre mig, gøre mig mere kompetent, få et forspring, komme foran de andre og vinde? Således tilskyndes individet til at finpudse sin personlige konkurrenceevne og dermed hele tiden stille sig selv i en gunstig position. Dette fordrer udvikling – og ikke afvikling! – og følgelig konstant aktivitet.

For at udkrystallisere den normative selvrealiseringsfordring yderligere kan vi vende os mod Luc Boltanski og Ève Chiapello. I deres analyse af kapi-

talismens nye ånd fremhæver de kravet om konstant individuel aktivitet som nutidens dictum par excellence (Boltanski & Chiapello 2005). Men aktivitet er ikke bare en hvilken som helst aktivitet – den er gennemsyret af en række normative forventninger om efterstræbellesværdig handleadfærd. Aktivitet er i den forstand et paraplybegreb for begreber som fleksibilitet, mobilitet, polyvalens, effektivitet, forandringsparathed, agilitet osv. (ibid.:461-462). Alle disse begreber er handlingsanvisninger, som individet bærer ansvaret for at forholde sig til, hvis vedkommende ønsker at tilvejebringe en succesfuld selvrealisering. Deres internalisering fungerer derfor som målestok for social og samfundsmæssig succes og kan i den forstand opfattes som konkurrenceparametre. Hvem er bedst til at være fleksibel, forandringsparat og agil? I Boltanski og Chiapellos analyse benyttes en meget magtfuld figur til at vise forskellen. Den "store person" står i et direkte modsætningsforhold til den "lille person", som netop ikke formår at internalisere de normative forventninger. Den "lille person" indoptager og tjener altså ikke præstationsdyrkelsens normativitet og formår dermed ikke at forstærke sit konkurrenceberedskab. Sanktionen er nederlag. Anskues dette i forhold til depressionsdiagnosen, kan man gøre følgende iagttagelser: Depressionsdiagnosens symptomatologi vidner ikke alene om det diametralt modsatte af vor tids socialiseringsnormer, som Ehrenberg har udtrykt det (Ehrenberg 2010:233), men også om invaliderende funktionsfejl der stilles over for forventningen om et idealiseret selv, som skal internaliseres. Med tanke på, hvad dette selv skal kunne, er den utilstrækkelighed og det underskud, der udgør det overordnede patologiske element i depressionsdiagnosen, naturligvis at forstå som en dødvægt – som aktivitetens andet.⁹ At skulle slæbe rundt på nedtrykthed, hæmning, træthed, skyldfølelse og lavt selvværd umuliggør ikke alene det at skulle blive sig selv – det lægger også hindringer i vejen for at blive det perfekte selv.

Hvem rammer selvrealiseringstvangen?

Et væsentligt spørgsmål i denne sammenhæng er, om realiseringen af samtidens autonomiforståelse rammer alle på samme måde. Ehrenberg synes at antage dette, når selvrealiseringstvangen og depressionsforekomsten kobles sammen. Dette synes imidlertid at kunne nuanceres empirisk. I Pema Andersens speciale, *Selv mordet – En sociologisk analyse af årsagerne til den øgede selvmordsrisiko hos velstillede depressive*, foretager hun en sontring mellem årsagerne til velstillede og mindre velstillede¹⁰ selvmordsrisiko. Her spiller de interviewedes egne forestillinger om årsagen til deres depression en væsentlig rolle. Som hun skriver i sin konklusion:

I modsætning til de mindre velstillede, der gerne peger på konkrete hændelser eller nemt identificerbare forhold som mangel på kontakt til familiemedlemmer som årsag til depressionen, henviser de velstillede ud over individuelle livsaspekter til generelle tendenser i samfundet,

der kan have været med til at antænde depressionen. Maksimer om omstillingsparathed, individuel autonomi og initiativ til handling får de velstillede til at føle et enormt pres om at præstere tilstrækkeligt og have den fornødne psykiske kapacitet hertil. Og de velstillede har – i kraft af ikke at have formået at leve op til denne evige parole – følt sig ekstra skrøbelige ved at udvikle depressive kendetegn som tilbagetrækning, passivitet og demotivation eller med andre ord: følt sig som en dysfunktion i et ellers velfungerende samfund (Andersen 2011:77-78).

I Andersens speciale bekræftes antagelsen om selvrealiseringstvangs kobling med depressionsdiagnosens symptomer – men kun til dels. De mindre velstillede peger på andre forhold end de velstillede, når deres depression skal kobles sammen med livsomstændighederne. Tager vi Andersens analyse til indtægt, tyder det altså på, at kun en bestemt social gruppe konfronteres med tidsåndens negative modpol, nemlig de velstillede. Nu er Andersens speciale ganske vist et spinkelt grundlag at drage for skråsikre konklusioner på, og hendes analyse kan da heller ikke siges at underminere ovenstående argumentationsrække, men specialet rummer dog nogle interessante iagttagelser, som synes at fordre yderligere undersøgelser. I den sammenhæng er det værd at inddrage spørgsmålet om, hvorvidt samtidens selvrealiseringstvang er et patogenisk eller et symptomatologisk fænomen i forbindelse med depressionslidelsen. Med andre ord: Skaber selvrealiseringstvangen depressionen, eller udgør selvrealiseringens temaer det sprog, som det i samtiden er mest nærliggende at benytte sig af, når psykiske problemer skal beskrives? Alain Ehrenberg har et sted gjort sig til fortaler for det sidste (Ehrenberg 2005:25). Jeg vil argumentere for en kombination af de to. Jeg mener bestemt, at præstationsdyrkelsens selvrealiseringstvang leder til depression, men jeg er samtidig klar over, at depressionens sprog matcher fint med samtidens forståelse af psykisk lidelse. Men uanset hvad, kan det i lyset af ovenstående være nødvendigt at modificere forestillingen om, at samtidens selvrealiseringstvang nødvendigvis påvirker alle på samme negative måde.

Denne modificering underminerer imidlertid ikke den betragtning, at depressionsdiagnosens match med tidens idealiserede selv understøtter tilstedeværelsen af diagnosekulturen. Uanset depressionens divergerende indtog i forskellige sociale lag forholder det sig stadig således, at depressionsdiagnosen fungerer som en tydelig demarkationslinje mellem det efterstræbellesværdige og det ikke-ønskværdige selv, og dette skel cementeres i og med diagnosekulturen. I den forstand er det også ligegyldigt, at selve internaliseringen af det efterstræbellesværdige selv ikke er så tydeligt defineret. For hvordan bestemmes det egentlig? Hvem er bedst til at være agil, fleksibel og forandringsvillig? Kan der opstilles tydelige mål herfor – ud over at det aldrig er muligt at være agil, fleksibel eller forandringsvillig nok? Det er usikkert. Pointen er, at denne usikkerhed afbødes af den dominerende medicinske lo-

gik, som diagnosekulturen hviler på. Her tilbydes nemlig en form for sikkerhed – i kategoriseringen af symptomer og i behandlingen – der kan fungere som modpol til den nævnte usikkerhed eller i det mindste tilbyde en kontant løsning på depressionens problemer.

Afslutning

I denne artikel har jeg argumenteret for følgende: Diagnosekulturens samfundsmæssige indtog skyldes dels den diagnostiske psykiatri opkomst, dels vilkårene for den samtid, den optræder i. Psykiatriens biomedicinske blik på mentale lidelser – dens fokus på diagnoser af symptomer – har rimeligvis båret en væsentlig del af vejen for diagnosekulturens succes. Materialiseringen heraf kan findes i det forhold, at psykiatriske diagnoser i høj grad har vundet samfundsmæssigt indpas, og at deres medicinske logik vækker genklang i den bredere offentlighed. Forklaringen kan dog ikke stå alene. Diagnosekulturen er også spundet ind i en specifik samtid, som der må tages højde for i forklaringen. Ved at analysere depressionsdiagnosen som en seismograf for samtiden – ved at fokusere på depressionssymptomernes normativitet – har jeg forsøgt at afspejle de samfundsmæssige vilkår for individuel succes. I depressionsdiagnosen finder vi en tydelig fremstilling af, hvilket selv der belønnes i samtiden, og hvilket selv der straffes, hvilket selv der bør efterstræbes, og hvilket selv der bør undgås. I den forstand opfanger depressionsdiagnosen de samtidsmæssige rystelser, der beskriver modsætningen til samtidens ideelle selv. Men den gør det tilsyneladende mere for nogle. Rystelserne rammer socialt skævt. Det tyder på, at de mere velstillede i Danmark lider mere under samtidens krav om vedvarende selvrealisering end de mindre velstillede. Diagnosekulturen synes med andre ord ikke at være ens for alle. Det kræver naturligvis yderligere undersøgelser.

Det spørgsmål, som jeg finder meget interessant i denne sammenhæng, er, om denne sociale skævvridning bliver formindsket eller forstærket. De sociale logikker i konkurrencestaten, som Ove K. Pedersen så fint har beskrevet (Pedersen 2011), synes at opnå større og større samfundsmæssig forankring. Hermed understøttes præstationsdyrkelsens rationaler, hvorved konkurrencens sociale logikker kommer til at berøre flere mennesker direkte. Umiddelbart betragtet vil dette udviklingstræk blot forstærke det selvrealiseringspres, som mange velstillede opfatter som depressionsinitierende. Man kan dog også forestille sig det modsatte, nemlig at konkurrencestatens selvrealiseringspres siver længere og længere ned i de sociale rækker og dermed gør sin negative indflydelse gældende hos stadig flere danskere. Presset for at følge med i konkurrencestaten – og dermed den depressionsinitierende stress, det skaber – synes at stige i takt med, at de sociale selvrealiseringslogikker bliver institutionaliserede forhold. Konkurrencestaten sætter sit tydelige spor i vores daginstitutioner, børnehaver, skoler, gymnasier og på vores universiteter. I efteråret 2014 udkom en undersøgelse af unges mentale helbred gennem de

sidste tyve år. Resultatet var ikke opløftende. Det er kun blevet værre, og den primære årsag er, at de unge lever i et præstationspresset stressunivers, der gør dem syge (Due et al. 2014). Jeg tror desværre, at den udvikling vil fortsætte i den forkerte retning de kommende år.

Noter

1. Ifølge Beck og Bonß er de to andre hovedopgaver for sociologien "teoretisk grundbegrebskonstruktion" og "empirisk afprøvning af teoretiske antagelser".
2. Nu er forestillingen om en diagnosekultur ikke ny. Den norske sociolog Yngvar Løchen skrev i 1965 bogen *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. En sosiologisk fortolkning* (Løchen 1965). Bogens kapitel 8 hedder "Den diagnostiske kultur" (Løchen 1965:211). Hans perspektiv på diagnosekulturen divergerer imidlertid fra mit ved at være mere mikroorienteret.
3. Denne brede definition er hentet fra projektet *Diagnostic Culture: The experience, history and social representation of depression and ADHD* (se www.dc.aau.dk), som jeg arbejder på sammen med professor i psykologi ved Aalborg Universitet Svend Brinkmann.
4. Fra engelsk *Sociology of diagnosis*.
5. Her kunne man indvende, at Horwitz' terminologi ikke er dækkende. Snarere end diagnostisk psykiatri kunne man tale om kriteriologisk psykiatri, hvormed det markeres, at psykiatriske diagnoser gør brug af helt specifikke kriterier, der ikke blev benyttet i diagnosticeringen førhen.
6. DSM er den Amerikanske Psykiatriforenings diagnosemanual og en forkortelse for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
7. Her skal det nævnes, at diagnoserne også kan være anvendelige for eksempelvis den kognitive adfærdsterapi. Diagnoserne danner således ikke eksklusivt par med den farmakologiske behandling.
8. I princippet kan et individ altså udvise samtlige ledsagesymptomer, uden at det kvalificerer en depression. Om det kan forholde sig sådan i praksis er en anden sag.
9. At nogle deprimerede selv synes ramt af denne fordring om vedvarende aktivitet – og dermed selv er med til at opretholde og understøtte den diagnostiske kultur – vidner afslutningen på Lewis Wolperts selvbiografiske bog om. Efter at have skrevet om og reflekteret over sin egen depressions beskaffenhed runder Wolpert af med følgende bemærkning: "Ultimately, those who are depressed have to take responsibility for their own condition and so need to understand as much about it as possible. And if possible, take the advice given at the end of Burton's *Anatomy of Melancholy*: 'Be not idle'" (Wolpert 1999:185). Dovenskab er vel kun mulig i fraværet af aktivitet. Eller?
10. I sin distinktion mellem velstillet og mindre velstillet benytter Andersen følgende parametre: uddannelse, beskæftigelse, indkomst og civilstand, men også personens samlede forhold, der konkret vurderes i relation til den pågældendes sociale placering (Andersen 2001:11).

Litteratur

- Andersen, Pema 2011: *Selv mordet – En sociologisk analyse af årsagerne til den øgede selvmordsrisiko hos velstillede depressive*. Specialeafhandling indleveret 18/5-2011 ved Sociologisk Institut, Københavns Universitet.
- Aneshensel, Carol; Phelan, Jo C. & Bierman, Alex 2013: "Introduction", i Carol Aneshensel, Jo C. Phelan & Alex Bierman (red.): *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer.
- Anspach, Renee R. 2011: "Preface", i P.J. McGann & David J. Hutson (red.): *Sociology of Diagnosis*. Bingley: Emerald.

- Beck, Ulrich & Wolfgang Bonß (red.) 2001: *Die Modernisierung der Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Blaxter, Mildred 1978: "Diagnosis as category and process: The case of alcoholism". *Social Science and Medicine*, 12:9-17.
- Boltanski, Luc & Chiapello, Ève [1999] 2005: *The New Spirit of Capitalism*. London: Verso Books.
- Brinkmann, Svend 2010: "Patologiseringsstenen: Diagnoser og patologier før og nu", i Svend Brinkmann (red.): *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus: Klim.
- Caplan, Paula J. 1995: *They say You're Crazy. How the World's most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.
- Cullberg, Johan 1992: *Dynamisk Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Decker, Hannah S. 2013: *The Making of DSM-III®: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Due, Pernille et al. 2014: *Børn og Unges Mentale Helbred*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Ehrenberg, Alain 1991: *Le culte de la performance*. Paris: Hachette-Pluriel.
- Ehrenberg, Alain 2005: "Det mærkelige molekyle". *Information*, 19.-20. februar, 24-27.
- Ehrenberg, Alain 2010: *The Weariness of the Self: Diagnosing the History of Depression in the Contemporary Age*. Montreal: McGill-Queens' University Press.
- Ellenberger, Henri F. 1970: *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. London: Allen Lane/The Penguin Press.
- Freud, Sigmund 1986: *The Essentials of Psycho-Analysis*. London: Penguin Books.
- Giddens, Anthony [1991] 1996: *Modernitet og selvidentitet. Selvet og samfundet under senmoderniteten*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Healey, David 1997: *The Antidepressant Era*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Honneth, Axel 2005: "Organiseret selvrealisering. Individualiseringens paradokser", i R. Willig & M. Østergaard (red.): *Sociale patologier*, s. 41-60. København: Hans Reitzels Forlag.
- Horwitz, Allan V. 2002: *Creating Mental Illness*. Chicago: Chicago University Press.
- Horwitz, Allan V. & Wakefield, Jerome 2007: *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Jackson, Stanley W. 2008: "A History of Melancholia and Depression", i Edwin Wallace R. & John Gach (red.): *History of Psychiatry and Medical Psychology*. New York: Springer.
- Jacobsen, Michael Hviid & Petersen, Anders 2012: "At teoretisere over og diagnosticere samfundet", i Michael Hviid Jacobsen & Anders Petersen (red.): *Samfundsteori & samfundsdiagnose: En introduktion til sytten nyere samfundstænkere for det pædagogiske felt*. København: Unge Pædagoger.
- Jadhav, Susdhrut 1996: "The cultural origins of Western Depression". *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2):269-286.
- Jutel, Annemarie 2010: "Self-Diagnosis: A discursive systematic review of the medical literature". *Journal of Participatory Medicine*, 2(8).
- Jutel, Annemarie & Nettleton, Sarah 2011: "Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities". *Social Science and Medicine*, 73:793-800.

- Kitanaka, Junko 2010: *Depression in Japan: Psychiatric Cures for a Society in Distress*. Oxford: Oxford University Press.
- Kokanovic, Renata et al. 2012: "Depression: The ambivalence of diagnosis". *Sociology of Health and Illness*, 35:377-390.
- Kutchins, Herb & Kirk, Stuart A. 1997: *Making Us Crazy – DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. New York: The Free Press.
- Lunn, Susanne 2006: "Psykoanalysens betydning for psykiatrien og den kliniske psykiatri". *Psyke & Logos*, 27:946-956.
- Løchen, Yngvar 1965: *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus: en sosiologisk fortolkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McGann, P.J. 2011: "Troubling Diagnosis", i P.J. McGann & David J. Hutson (red.): *Sociology of Diagnosis*. Bingley: Emerald.
- McGann, P.J. & Hutson, David J. (red.) 2011: *Sociology of Diagnosis*. Bingley: Emerald.
- Mirowsky, John & Ross, Cathrine E. 1989: "Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement". *Journal of Health and Social Behaviour*, 30(1):11-25.
- Olsen, Ole A. & Køppe, Simo 1996: *Psykoanalysen efter Freud*. København: Gyldendal.
- Pedersen, Carsten B. et al. 2014: "A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders". *JAMA Psychiatry*, Se: <http://www.psykiatrifonden.dk/media/158767/hver-3-faar-psykisk-sygdom.pdf>
- Pedersen, Ove K. 2011: *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rose, Nikolas 2010: "Psykiatri uden grænser? De psykiatriske diagnosers ekspanderende domæne", i Svend Brinkmann (red.): *Det diagnosticerede liv – sygdom uden grænser*. Aarhus: Klim.
- Shorter, Edward 1997: *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons.
- Wolpert, Lewis 1999: *Malignant Sadness. The anatomy of depression*. London: Faber.